UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1943-1944. — N° 18

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA PÉRINÉORRAPHIE SECONDAIRE PRÉCOCE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 19 mai 1944

PAR

Jacques-Claude-Fernand LAPORTE

Ancien externe des Hôpitaux
Médaille de Bronze

Né à BASSENS (Gironde), le 29 octobre 1914

Examinateurs de la Thèse

MM. RIVIÈRE, professeur ..... *Président*
PÉRY, professeur .....
DUFOUR, agrégé ..... *Juges*
MAGENDIE, agrégé .....

BORDEAUX
IMPRIMERIE LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly, 6

1944

LAPORTE (Jacques-Claude-Fernand)

Contribution à l'étude de la périnéorraphie secondaire précoce. — Bordeaux, Delmas, 1944. In-8°, 43 p.

(Thèse Médec. Bordeaux. 1943-1944. N° 18.)

LAPORTE (Jacques-Claude-Fernand)

Contribution à l'étude de la périnéorraphie secondaire précoce. — Bordeaux, Delmas, 1944. In-8°, 43 p.

(Thèse Médec. Bordeaux. 1943-1944. N° 18.)

LAPORTE (Jacques-Claude-Fernand)

Contribution à l'étude de la périnéorraphie secondaire précoce. — Bordeaux, Delmas, 1944. In-8°, 43 p.

(Thèse Médec. Bordeaux. 1943-1944. N° 18.)

LAPORTE (Jacques-Claude-Fernand)

Contribution à l'étude de la périnéorraphie secondaire précoce. — Bordeaux, Delmas, 1944. In-8°, 43 p.

(Thèse Médec. Bordeaux. 1943-1944. N° 18.)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536514_0024

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1943-1944. — N° 18

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA PÉRINÉORRAPHIE SECONDAIRE PRÉCOCE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 19 mai 1944

PAR

Jacques-Claude-Fernand LAPORTE

Ancien externe des Hôpitaux
Médaille de Bronze

Né à BASSENS (Gironde), le 29 octobre 1914

Examinateurs de la Thèse

MM. RIVIÈRE, professeur ..... *Président*
PÉRY, professeur .....
DUFOUR, agrégé ..... *Juges*
MAGENDIE, agrégé .....

BORDEAUX
IMPRIMERIE LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly, 6

1944

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.
ASSESSEUR : M. LABAT.
DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

M. DENIGÈS, BEILLE, G. SIGALAS, DUPOUY, A. MANDOUL, PETGES, GUYOT, ABADIE, ROCHER, LANDE, DUVERGEY.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique chirurg. et gynécol.	JEANNENEY.	Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX.
Clinique chirurgicale	PAPIN.	Clinique chirurg. inf. et orthop.	LOUBAT.
Pathologie et thérapeutique gén.	CARLES.	Clin. des maladies infectieuses	DAMADE.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.	Chimie biologique et médicale	MACHEBOEUF.
Anatomie pathol. et microsc. clin.	DE GRAILLY.	Physique méd. et pharmaceutique.	WANGERMEZ.
Anatomie	VILLEMIN.	Méd. col. et clin. mal. exotiques.	BONNIN.
Anatomie générale et histologie.	G. DUBREUIL.	Clin. malad. cutanées et syphilit.	JOULIA.
Hygiène	LEURET.	Clin. des mal. des voies urinaires.	DARGET.
Médecine légale et déontologie	N.	Clin. mal. nerveuses et mentales.	DELMAS-MARSALET.
Electroradiol. et clin. d'él. médic.	RÉCHOU.	Clin. d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.	LABAT.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Hydrologie thérap. et climatol.	CREYX.
Pharmacie	VITTE	Clinique odonto-stomatologique.	DUBECQ.
Physiologie	FABRE.		

MM. LACOSTE (Histologie). PÉRY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). CHARRIER (Chirurgie générale). FAUGÈRE (Obstétrique).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUFOUR.	Chirurgie générale	POUYANNE.
Physiologie	FRANCK.	Obstétrique	N.
Médecine générale	PIÉCHAUD.	id.	MAHON.
id.	N.	Ophtalmologie	N.
id.	FONTAN.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	BROUSTET.	Dermatologie et syphiligraphie	N...
id	DERVILLÉE.	Physique médicale	N...
id	SARIC.	Chimie gén. pharm. et toxicol.	CASTAGNOU.
id.	DUBARRY.	Histoire natur. pharmaceutique	GIRARD.
Chirurgie générale	N.	Pharmacie	MESNARD.
id.	MASSÉ.	id.	GRANGER.
id.	N.	Histoire natur. méd. et parasitol.	R. MANDOUL.
id.	MAGENDIE.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	N...	Anatomie	J. BEAUVIEUX
Accouchements	MAHON.	Chimie minérale	CASTAGNOU.
Puériculture	FAUGÈRE.	Botanique	GIRARD.
Zoologie et parasitologie	R. MANDOUL.	Cryptogamie	GIRARD.
Médecine légale	DERVILLÉE.	Pharmacie galénique	MESNARD.
Urologie	N...	Bactériologie	MOUREAU.
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.	Physiologie	N...
Ophtalmologie	N.	Chimie biologique	TAYEAU

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A MON PERE
LE DOCTEUR LAPORTE

A MA MERE

A MA FEMME — A MON FILS

A MES BEAUX-PARENTS

A MON FRERE
A LA MEMOIRE DE MON ONCLE

A TOUS LES MIENS

A MES CAMARADES DU KOMMANDO 1978

A MES AMIS

A NOS MAITRES DES HOPITAUX

EXTERNAT

1938. Monsieur le Professeur ROCHER.

1938. Monsieur le Professeur PAPIN.

1939. Monsieur le Professeur CRUCHET.

1942. Monsieur le Professeur AUBERTIN (Cholet).

1942. Monsieur le Docteur BALARD.

1943. Monsieur le Docteur SECOUSSE (Feuillas).

1943. Monsieur le Docteur DAVID-CHAUSSÉ.

1944. Monsieur le Professeur AUBERTIN.

A MES JUGES

A Monsieur le Docteur BALARD,

Médecin Accoucheur des Hôpitaux,
Chirurgien en chef de la Maternité.

Il nous a inspiré ce travail.

Nous lui sommes reconnaissant de l'aide bienveillante qu'il nous a prodiguée et des connaissances obstétricales qu'il a su faire nôtres.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur M. RIVIÈRE

Professeur de Clinique d'accouchements,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier d'Académie.

Nous le remercions d'avoir bien voulu présider notre thèse.

Il nous a initié à l'obstétrique, et nous lui exprimons ici l'admiration que nous inspira la clarté de son enseignement.

Ceci est un faible témoignage de notre profonde gratitude.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PÉRINÉORRAPHIE SECONDAIRE PRÉCOCE

INTRODUCTION

La périnéorraphie secondaire précoce est, comme la définit G. Muller, « la réunion de la plaie périnéale en pleine évolution de bourgeonnement, soit que la suture immédiate n'ait pas tenu, soit qu'une suture préalable n'ait pas été faite ».

Ce n'est pas un mode de traitement récent, puisqu'il faut remonter jusque vers la moitié du XVII[e] siècle pour en trouver la première description. Vivement conseillée et pratiquée avec certain succès par de nombreux accoucheurs du siècle dernier, elle fut abandonnée au début de celui-ci. La guerre de 1914-1918 mit en lumière les excellents résultats obtenus par les sutures secondaires, mais il faut attendre une dizaine d'années pour que la périnéorraphie secondaire précoce retrouve une nouvelle vogue, ainsi que le montrent les nombreuses publications faites jusqu'à nos jours, tant en France qu'à l'étranger, sur ce mode de traitement. Toutefois, la place qui lui est attribuée dans le traitement des déchirures obstétricales du périnée nous semble encore insuffisante.

Au cours de notre stage à la Maternité de Pellegrin, il nous a été donné d'assister à plusieurs périnéorraphies secondaires précoces. Frappé par les résultats obtenus, nous avons pensé à choisir ce mode de traitement comme sujet de thèse, et nous y avons été encouragé par M. le Docteur Balard, Médecin accoucheur des Hôpitaux, qui a bien voulu nous faire profiter de son expérience et que nous remercions très vivement de ses conseils, prodigués avec une inlassable complaisance.

CHAPITRE PREMIER

DECHIRURES OBSTETRICALES DU PERINEE LEURS CONSEQUENCES — MOYENS DE TRAITEMENT

I. — *Les déchirures obstétricales du périnée.*

Au cours de l'accouchement, les tissus du tractus génital se trouvent continuellement soumis à des traumatismes violents, dont l'importance varie selon qu'il existe une difficulté provoquée par une attitude vicieuse du fœtus, un obstacle maternel ou une intervention artificielle obligatoire.

C'est la période d'expulsion qui offre le plus de dangers pour le périnée, particulièrement chez la primipare, exigeant de la part de l'accoucheur ou de la sage-femme une attention de tous les instants. Il est, en effet, du plus grand intérêt pour l'avenir gynécologique de la parturiente de conserver un périnée intact.

Pendant toute la durée de la grossesse, et plus particulièrement dans les derniers mois, il se fait une imbibition, un ramollissement du canal génital et du plancher pelvi-périnéal; grâce à cet assouplissement, l'ampliation du périnée sera réalisable et l'accouchement possible. Pendant l'accouchement, le périnée est obligé de s'allonger considérablement : il bombe. Mais, en s'allongeant, il s'amincit, ce dont on peut se rendre compte facilement en insinuant, vers la fin de la période d'expulsion, le doigt entre la présentation et le périnée. Les muscles sont très étalés; ils semblent avoir disparu. En réalité, ils se sont étalés, et leurs fibres, sous la poussée de la présentation, se séparent les unes des autres. Dans l'intervalle des contractions, ces fibres reviennent sur elles-mêmes, repoussant la présentation dans le vagin; le

périnée reprend alors son épaisseur. Puis vient un moment où la résistance est vaincue, la tête reste dès lors prise dans l'anneau vulvaire, et le dégagement s'opère rapidement. Cette distension du plancher périnéal s'accompagne fatalement de lésions plus ou moins importantes de l'appareil musculaire. Mais si la distension du périnée se fait progressivement et n'est pas poussée trop loin, ces désordres se réparent rapidement. Cependant, le retour à l'intégrité anatomique est bien rare. Du moins la valeur fonctionnelle du périnée n'est-elle pas compromise dans ce cas. Par contre, si la distension est trop brusque ou exagérée, les fibres du plan musculeux-aponévrotique se dissocient, le périnée se rompt, créant des désordres d'importance plus ou moins grande, selon que tel ou tel plan anatomique est intéressé.

Fréquence.

Les ruptures du périnée sont plus fréquentes chez la primipare que chez la multipare. D'après Chapert, qui, dans sa thèse, fait la statistique des ruptures périnéales à la Maternité de Pellegrin jusqu'en 1928, sur 100 primipares, 30 sont atteintes de déchirures, tandis que sur 100 multipares, 10 seulement sont déchirées, ce qui est en accord avec les chiffres des différents auteurs classiques. Certains auteurs — étrangers particulièrement — donnent des chiffres plus élevés; mais leurs statistiques sont concordantes sur le fait que les déchirures du périnée sont plus fréquentes chez la primipare.

	Primipares %	Multipares %
Schröder	34,5	9
Auvard	30	10
Webster	55	12
Williams	65	11
Gammeltopf	22	11
Brindeau	30	10

Circonstances.

Plus fréquemment rencontrées dans les accouchements dystociques, ces déchirures peuvent aussi se produire dans des accouchements eutociques. Le tout dépend des circonstances dans lesquelles on opère.

Voici, en résumé, ce qu'elles peuvent être :

1° quand il y a insuffisance d'ampliation périnéale au cours d'accouchements trop rapides;

2° quand le fœtus est trop volumineux ou que le dégagement se fait par de trop grands diamètres, ce qui se passe lorsque la tête est mal fléchie, même si elle est petite;

3° quand le périnée manque d'élasticité, trop rigide, trop friable (et c'est le cas des primipares âgées) ou s'il est cicatriciel ou infiltré;

4° enfin, quand le périnée est de mauvaise qualité, soit gras, court et mal musclé, soit peu étoffé, avec une vulve étroite et antéversée.

Modes de production.

La rupture du plancher périnéal peut se produire en un ou plusieurs temps. Quand elle se fait en un temps, le périnée s'ouvre subitement, comme fendu par un instrument tranchant. C'est ce que l'on observe dans les accouchements tête dernière, pendant le dégagement de la tête. Quand elle se fait en plusieurs temps, il y a, successivement :

— rupture de l'hymen;
— extension de la déchirure à la muqueuse vaginale;
— éclatement de la masse musculo-aponévrotique et de la peau.

Dans l'accouchement du sommet en particulier, la tête amorce la déchirure, qui augmente au passage des épaules, et, surtout, au dégagement du coude postérieur.

Classification.

La zone intéressée par la déchirure est presque toujours le périnée antérieur. Cette région est composée de différents plans aponévrotiques et musculaires. Les muscles sont divisés en deux plans : un superficiel, comprenant bulbe-clitoridien, ischio-clitoridien et transverse superficiel. Le plan sous-jacent est formé par les transverses profonds logés dans le diaphragme uro-génital tendu des ischions au vagin. Ce sont de petits muscles grêles, qui ne peuvent avoir une action importante dans la statistique des organes intrapelviens. Seuls les releveurs de l'anus sont suffisamment puissants pour jouer ce rôle. Ces muscles, par l'intrication inférieure de leurs fibres, forment un véritable soutien à toute la région. Le plancher ainsi constitué vient-il à céder, tout ce qui est maintenu par la tonicité de ces muscles s'effondre.

On divise classiquement les déchirures du périnée en :

1° déchirures incomplètes;
2° déchirures complètes;
3° déchirures centrales;
4° déchirures compliquées;
5° déchirures fermées, ou ruptures interstitielles.

1° Déchirures incomplètes. — Elles siègent le plus souvent à droite ou à gauche de la ligne médiane, s'étendant de la commissure à la région centrale du périnée. Généralement irrégulières, elles comprennent des tissus déchiquetés et des muscles dilacérés; le sphincter anal est intact.

2° Déchirures complètes. — Elles ont le même siège et le même aspect que les précédentes, mais sont plus étendues; le sphincter anal est rompu; une de ses extrémités est visible au milieu de la plaie, tandis que l'autre est rétractée en arrière.

3° Déchirures centrales. — Elles ont l'aspect d'une plaie irrégulière, à bords déchiquetés, située en plein milieu du périnée, sans que la commissure et le sphincter soient atteints.

4° Déchirures compliquées. — Elles sont les plus importantes, car il y a :

a) *Lésions du vagin*, constituées par une déchirure médiane ou para-médiane, ou encore par deux déchirures situées à droite ou à gauche de la colonne postérieure; elles sont irrégulières, déchiquetées, en lambeaux plus ou moins grands, et la paroi vaginale est le plus souvent décollée des plans profonds.

b) *Lésion des muscles et de la peau :* Les plans musculaires et aponévrotiques sont complètement dissociés; quant à la peau, elle est irrégulièrement déchirée, et les parties cruentées forment, à droite et à gauche de la ligne médiane, deux surfaces triangulaires dont la base se trouve sur le rectum et le sommet vers les petites et grandes lèvres.

c) *Lésion du sphincter anal*, qui est rompu à droite ou à gauche de la ligne médiane, et dont l'extrémité antérieure est visible dans les tissus environnants, tandis que l'autre est rétractée dans une fossette située très en arrière, contre la muqueuse ano-rectale.

d) *Lésion du rectum*, qui est ouvert sur une hauteur plus ou moins grande. La déchirure prend la forme d'un V renversé, à pointe supérieure. Cette plaie remonte généralement moins haut que la plaie vaginale; l'anus est béant.

e) Les *lésions de l'urètre et de la vessie* sont beaucoup plus rares.

5° Ruptures interstitielles. — Etudiées et décrites par B. Hartz, Schatz et Bonnin, elles ont ceci de particulier que la muqueuse vaginale et la peau sont intactes. Par contre,

le plan musculo-aponévrotique est dissocié; il se produit le plus souvent une rupture d'un faisceau du releveur, ou un arrachement des muscles transverses, de leur insertion sur le raphé médian, qui, lui, demeure intact. Le périnée est flasque, mou, sans épaisseur, et l'orifice vulvaire est largement béant.

II. — *Conséquences.*

Il est aisé de concevoir qu'un tel état de choses est gros de conséquences. Elles sont immédiates ou tardives.

a) Les conséquences immédiates sont l'hémorragie, l'infection et l'incontinence des matières :

— L'*hémorragie*, qui est bénigne lorsqu'elle est due uniquement à la rupture des tissus, peut devenir grave lorsqu'elle intéresse les veines variqueuses de la vulve ou les hémorroïdes.

— L'*infection* de la plaie anfractueuse, qui se trouve à un carrefour particulièrement septique entre le vagin et l'anus, risque d'être très grave et de servir de point de départ à une infection puerpérale, toujours redoutable.

— L'*incontinence des matières*, enfin, avec tout son cortège de misères, entraîne une infirmité déplorable, dont le retentissement moral peut être considérable.

b) Les conséquences tardives sont le prolapsus génital et l'infection secondaire.

— Le *prolapsus* génital peut intéresser les parois vaginales. Si la paroi antérieure seule est atteinte, on a affaire à un cystocèle; si c'est la postérieure, c'est un rectocèle. Un stade de plus, et c'est le prolapsus utérin. Il se fait soit un allongement hypertrophique, soit une extériorisation de l'utérus et prolapsus complet. Le col est alors soumis à des irritations ou des traumatismes continuels.

— Il *s'infecte*, et c'est le point de départ d'endométrites tenaces et rebelles, avec la riche symptomatologie qui leur est propre.

III. — *Modes de traitement.*

Tout périnée rompu doit être, par conséquent, réparé, surtout si la rupture est complète ou compliquée. Il ne faut pas attendre, comme faisaient autrefois Tarnier et Cazeaux, la cicatrisation spontanée de la plaie en immobilisant la malade pendant des semaines.

Cette réparation doit, de toute nécessité, être de bonne qualité, et, pour cela, ne pas intéresser seulement les plans superficiels, mais comprendre une myorraphie correcte des releveurs, afin de reconstituer un plan solide qui maintiendra en place les organes intrapelviens.

Beaucoup d'auteurs ont préconisé la périnéorraphie immédiate systématique pour le traitement des déchirures périnéales de n'importe quel degré. Doléris, en particulier, s'en fit le défenseur acharné. L'opération est, évidemment, séduisante : les tissus, encore pleins de vigueur, ne sont pas atteints de sclérose et de dégénérescence; tout est encore vivant, comme au moment de la rupture. Les lambeaux ne sont pas rétractés, et les muscles, non envahis par le tissu cicatriciel, ont gardé leur entière élasticité.

« Il n'est pas douteux, dit Doléris, que, venant d'être rompu, le sphincter n'a pas eu le temps de se rétracter beaucoup. Les deux extrémités sont aisées à rapprocher, elles sont aptes à une coaptation parfaite, et, j'ajoute, une cicatrisation rapide. Le muscle intact, ce n'est plus, comme dans l'opération tardive, un croissant à grande ouverture que vous transformez en anneau; c'est un croissant, divisé il est vrai, mais facile à suturer et à réunir, car les extrémités se touchent presque. Donc, opérez vite et profitez de cette heureuse éventualité. » (Doléris, *Arch. de tocologie*, 1885.)

Ainsi s'exprimait un maître incontesté de la chirurgie obstétricale, qui ne reconnaissait à la suture immédiate aucune contre-indication. La femme se trouve, d'autre part, encore

sous l'influence de l'anesthésie générale et du traumatisme obstétrical; sa sensibilité est, de ce fait, très émoussée; l'intervention est alors grandement facilitée. En outre, si la suture est correctement faite, sans espace mort, la plaie est fermée à l'infection.

D'après certains auteurs, les résultats sont les suivants :

Kustner, 85 % de succès;
Von Winkel, 75 % de succès;
Zangmeister, 80 à 95 % de succès.

Toutefois, les résultats ne sont pas toujours aussi parfaits, et, d'après G. Muller, les insuccès sont surtout dus à la technique employée. Il repousse la suture faite en un seul plan pour donner la préférence à la suture en différents plans. De même, Lejars, Pozzi, Hartmann, Hammerschlag, Guggisberg, Lange, Winter, etc., n'admettent que cette dernière manière de faire. Bar, Brindeau et Stockel, toutefois, ne rejettent pas entièrement la réunion simple.

Aujourd'hui, la majorité des auteurs est d'accord sur la nécessité de réparer immédiatement tout périnée déchiré. Si les cas de déchirures complètes et compliquées peuvent parfois plaider en faveur d'une périnéorraphie secondaire, il est toutefois préférable d'en effectuer la réparation dès leur production. D'autre part, chez les femmes d'un certain âge, chez les albuminuriques, dont les tissus ont perdu leur résistance, et, enfin, lorsqu'il existe des inflammations vaginales chroniques ou des végétations, il est préférable de retarder l'intervention.

C'est un fait d'expérience courante que les tentatives de réfection immédiate des grands délabrements périnéaux sont souvent vouées à un échec. Après la réunion des lèvres de la plaie, le périnée s'œdématie, s'infiltre, et les fils rigides destinés à maintenir les tissus au contact ne peuvent suivre cette distension. Ne cédant pas à la pression, ces fils, inertes et passifs, sectionnent les chairs. L'opération est sans résultat.

D'autre part, dans les déchirures moyennes, il peut se pro-

duire un certain degré d'infiltration qui empêche les sutures *per primam* de tenir. Enfin, la direction même de la déchirure ou de ses prolongements peut entraver sa réparation. C'est ainsi que les épisiotomies trop latéralisées et qui se prolongent trop en dehors du périnée jusque vers la région fessière sont toujours de restauration difficile. Les bords de la déchirure sont curvilignes et non plus linéaires; des tiraillements constants vont s'exercer en raison de la forme de la plaie, par suite également de la direction des fibres du grand fessier qui tirent dans un sens différent de celles du releveur, en raison enfin des mouvements inévitables de la cuisse.

Toutes ces causes s'ajoutent pour entraver la réunion de la suture primitive.

C'est alors que se pose à l'accoucheur la question de la conduite à tenir : attendre trois mois pour pratiquer une colpo-périnéorraphie, ou faire la suture secondaire précoce.

CHAPITRE II

LA PERINEORRAPHIE SECONDAIRE PRECOCE

I. — *Historique.*

La suture secondaire précoce des plaies périnéales fut pratiquée pour la première fois au début du XVII[e] siècle par Jacques Guillemeau, disciple d'Ambroise Paré, qui conçut le premier la périnéorraphie. Il fit sa tentative sur une femme accouchée de six semaines et présentant une rupture du périnée. Avivant au bistouri les tissus bourgeonnants, il rapprocha les lèvres de la plaie par une suture entortillée. Au bout de quinze jours, la guérison était complète. Malgré ce beau résultat, l'opération de Guillemeau resta sans écho.

Plus tard, dans la deuxième moitié du XVII[e] siècle, Cosme Viardel renouvela l'opération et apprit à ses contemporains qu'elle comportait un assez large délai.

Vers 1702, de La Mothe opère une femme atteinte de déchirure compliquée et accouchée depuis quatre jours. Il fit la suture du rectum, de l'anus et du périnée. La femme guérit si parfaitement qu'elle accoucha plusieurs fois par la suite sans que l'accident se reproduisît.

La même méthode fut reprise plus tard par Verneuil et Maisonneuve, mais l'échec fut complet. La périnéorraphie secondaire précoce tomba dans l'oubli.

Au siècle dernier, grâce aux publications et à la divulgation faite par Dieffenbach, Langenbeck, Nélaton, Brown, Velpeau, Roux en particulier dans son savant mémoire à l'Académie des Sciences le 6 janvier 1874, la périnéorraphie secondaire précoce commence à entrer dans la pratique. Mais

les avis sont encore très partagés sur la conduite à tenir, les accidents puerpéraux étant fréquents du fait de l'ignorance complète des bienfaits de l'antisepsie et de l'asepsie. Roux, Velpeau, Wurtzer, Vidal, Petrequin et d'autres veulent attendre pour intervenir la fin complète de la période puerpérale. Par contre, Dieffenbach, Jungmann, Langenbeck, Verhoeghe, Danyau, pensent qu'il est préférable de tenter la réunion immédiate, ou, tout au moins, à une période très rapprochée de l'accouchement. Nélaton est d'avis de ne pas intervenir immédiatement et « qu'il est bon d'attendre six à sept jours, après lesquels la plaie se trouve couverte de bourgeons charnus ». Dans deux cas, il applique sa méthode et obtient deux succès complets.

Au début de ce siècle, Hégar, alarmé par le chiffre imposant des non-réussites des périnéorraphies immédiates, arrive à contester entièrement la possibilité d'une guérison par première intention d'une suture périnéale. Pour lui, abstention absolue, quitte à pratiquer huit à dix semaines après l'accouchement, si le besoin s'en fait sentir, l'opération plastique du périnée.

Puis, ce sont les travaux successifs de Tarnier, Budin, Bar, Brindeau, Doléris.

Vers 1928, la suture secondaire précoce est à l'ordre du jour. De tous côtés s'élèvent des voix qui cherchent à lui assurer de nouveau une place marquante dans l'art obstétrical. Un des premiers promulgateurs modernes de la suture précoce est, sans contredit, Rudolfson, qui, dans un travail documenté, montre les grands avantage de cette intervention. Brandes, s'appuyant sur l'expérience de son maître Rudolfson, étend ce mode de traitement aux déchirures du troisième degré et obtient un succès complet. Pulvermacher confirme ces résultats par la publication de plusieurs cas opérés par lui avec les mêmes méthodes. En France, ce sont les publications successives de J. Vanverts, de Job, de Bec (d'Avignon), de Lejars, Pozzi, et surtout de G. Muller, qui mettent au point la question de la périnéorraphie secondaire

précoce. Déjà, en 1921, à Bordeaux, le Docteur Balard, agissant en précurseur, fournit un travail sincère et documenté et permet à Chapert de publier dans sa thèse, en 1928, neuf cas intéressants.

En 1932, Juan B. Gonzalez, de Buenos-Aires, publie une étude très intéressante sur sa méthode et précise l'opportunité de l'intervention ainsi que le moment opératoire.

II. — *Indications.*

Par définition, la périnéorraphie secondaire précoce est la suture de la plaie en pleine évolution de bourgeonnement faite parce que la suture immédiate n'a pas tenu, ou qu'elle n'a pu être pratiquée. Nous avons ainsi, en résumé, les deux grands groupes d'indications de l'opération.

a) Les *contre-indications de la suture immédiate* sont, en réalité, très rares. A part quelques cas d'espèce, peu fréquents, tels que l'infection, l'œdème du conduit génital, les néo-formations vulvaires, la suture immédiate doit être systématiquement pratiquée.

b) Les *insuccès de la périnéorraphie immédiate* constituent les véritables indications de la périnéorraphie secondaire précoce. Ils tiennent à l'opérateur, au milieu et aux soins consécutifs :

— *A l'opérateur :* si la technique employée est mauvaise, en particulier si les sutures n'intéressent que trop peu de tissus ou si les précautions aseptiques ne sont pas rigoureusement observées.

— *Au milieu :* selon que la femme est grasse, avec un périnée friable par manque de souplesse, et dont la réparation est rendue difficile parce que le tissu graisseux interposé entre la peau et la couche musculaire est d'une vitalité faible, ou, au contraire, si la femme est maigre, à vulve étroite et peu étoffée, avec un périnée se réparant mal, les tissus

manquant d'élasticité. Par ailleurs, le mode de déchirure a son importance : déchirure avec lambeaux séparés, épisiotomie trop latéralisée, etc. En dernier lieu, les infections chroniques du tractus génital peuvent s'ajouter aux causes précédentes.

— *Aux soins consécutifs :* ils doivent, comme en chirurgie, être rigoureusement observés et comporter l'asepsie la plus parfaite.

III. — *Intérêt de la question.*

Il porte sur deux points, qui, selon nous, sont essentiels.

a) *Au point de vue gynécologique*, en prévenant le prolapsus génital, cette intervention évite une opération plus grave. Le plancher formé par les releveurs de l'anus ayant cédé, tous les organes intrapelviens n'ont plus de soutien solide et ont, de ce fait, tendance à s'effondrer. Ce sont, par ordre d'apparition : cystocèle, rectocèle, prolapsus utérin avec allongement du col qui paraît à la vulve, accidents qui se produisent quasi fatalement avant que les malades se décident à demander conseil au médecin. En plus de tous les tiraillements, pesanteur, douleurs dans le bas-ventre qui accompagnent ces phénomènes et rendent la vie pénible à la femme, l'infection peut s'installer. Le col, continuellement irrité et traumatisé, s'enflamme, s'œdématie, s'ulcère parfois. L'infection remonte, et c'est alors que s'installent des endométrites particulièrement tenaces et rebelles à tout traitement. L'avenir gynécologique de la malade est des plus sombres.

b) *Au point de vue social :* En effectuant l'opération dans la période des suites de couches, la durée du traitement est limitée au minimum. Se trouvant en milieu chirurgical, la femme se prêtera d'autant plus facilement à l'intervention. Si l'opération, au contraire, était repoussée à une date plus éloignée, la femme, reprise par son foyer et ses occupations

habituelles, risquerait, par négligence ou par crainte d'une nouvelle hospitalisation, de laisser s'aggraver une lésion qui, réparée à temps, est des plus curables.

Malgré cet intérêt, beaucoup de chirurgiens, et non des moindres, ne sont pas partisans de la suture secondaire précoce. Tillaux, Pozzi, Hégar, Kaltenbach, Lecène et d'autres préfèrent, pour intervenir, attendre plusieurs mois, lorsque les tissus sont redevenus ce qu'ils étaient avant la gestation. Une opération plastique complète et sanglante est effectuée (dédoublement, colporraphie, colpo-périnéorraphie, etc.). Ils s'appuient sur deux faits principaux, à savoir que l'abondante sécrétion lochiale de la première quinzaine est indubitablement septique et que les tissus en pleine prolifération par le processus de granulation sont déformés et particulièrement fragiles. De ce fait, les caractères anatomiques et fonctionnels normaux de la région étant bouleversés, il faut que l'opération redonne au périnée son allure primitive, et cela par les moyens que nous avons cités plus haut. Lecène, dans son livre de thérapeutique chirurgicale, déclare que, dans tous les cas de déchirure complète du périnée où l'on avait tenté la suture primitive, il n'avait constaté que des échecs. Aussi estime-t-il que le mieux, dans les cas graves, est de laisser la cicatrisation spontanée se faire et n'intervenir que secondairement, lorsque les conditions locales et générales sont plus favorables. Nous pensons, avec Grosse, qu'une telle opinion, malgré toute l'autorité qu'elle comporte, est trop catégorique. L'auteur, comme chirurgien, n'a eu l'occasion d'opérer que des cas exceptionnels. Il y a, à notre avis, d'autres conduites à tenir que d'attendre systématiquement la cicatrisation spontanée de la plaie.

1° Il est prouvé depuis longtemps que les blessures chirurgicales ou accidentelles dont la réunion par première intention n'avait pu être faite peuvent, avec de bons résultats, être suturées à nouveau après avivement, ce qui abrège la cicatrisation.

2° Si l'on opère à une période peu éloignée du moment de la déchirure, les plans propres du périnée, particulièrement les muscles, ne sont ni rétractés ni atrophiés, ni déplacés de leur position naturelle.

3° Et, de ce fait, tout dédoublement ou déplacement des plans que l'on est obligé de faire dans la périnéorraphie tardive devient inutile et préjudiciable.

4° Si l'on opère suffisamment loin de l'accouchement, les sécrétions lochiales ne sont plus aussi abondantes et aussi septiques.

5° Les tissus, bien loin d'être fragiles et déformés, sont, au contraire, en pleine évolution de bourgeonnement et pleins de vitalité.

Certains auteurs nord-américains, en particulier H. V. Gayders et E. D. Plass, préconisent, pour effectuer la réparation d'un périnée déjà déchiré, de profiter du post-partum d'un nouvel accouchement, car, au point de vue technique, l'exécution de la périnéorraphie est plus simple par suite de la séparation naturelle des plans structuraux et du relâchement des tissus du périnée qui, hyperémiés, facilitent la réunion.

Parmi les partisans les plus fervents de la périnéorraphie secondaire précoce, on peut citer Bar, Brindeau, Pulvermacher, Brandes, Winter, Hammerschlag, Muller, Gonzalez, etc.

Brandes, s'appuyant sur les bons résultats obtenus par Rudolfson dans les cas de déchirure du premier et du deuxième degré, étend la technique aux déchirures du troisième degré et obtient des résultats excellents. Pulvermacher publie plusieurs cas intéressants au point de vue résultat sur le même genre d'intervention. Erwin Lenz, sur 21 cas opérés, donne 80 % de succès complets et 20 % de succès moins bons, mais où il n'a pas été nécessaire de réintervenir. Et Muller écrit : « Me basant sur mes bons résultats obtenus, je ne puis que recommander chaudement la pratique de la suture immédiate secondaire pour les traumatis-

mes du périnée succédant à l'accouchement. Les chances de guérison sont, en général, excellentes. »

Si la majorité des auteurs qui pratiquent cette intervention est d'accord sur l'excellence des résultats, les opinions diffèrent au sujet de la technique employée et du moment le plus favorable à l'intervention.

IV. — *Technique.*

a) *Moment opératoire.* — Pour que l'opération ait les plus grandes chances de réussite, il faut qu'ait disparu l'infection qui aurait pu se produire, et qui, pratiquement, existe toujours au niveau de la plaie périnéale; il faut, du moins, qu'elle soit considérablement atténuée. Tarnier et Budin considéraient que l'époque favorable se place entre huit et quinze jours après l'accouchement. Nélaton, entre sept et huit jours. Bar et Brindeau, entre sept et dix jours. Zangmeister est beaucoup plus large, puisqu'il compte entre deux et trois semaines. Rudolfson, et avec lui Brandes et Muller, notent que le moment favorable est atteint lorsque la température est redevenue normale depuis quelques jours et que la plaie a un bon aspect de vigueur. Pour Erwin Lenz, après un bon nettoyage de la plaie, la suture est possible au bout de douze à quatorze jours, tandis que J. Poulain veut attendre la troisième semaine après l'accouchement, quand la suppuration a tendance à se tarir et qu'on constate la présence de bourgeons charnus. Gonzalez, en accord avec nos idées, considère qu'en général le moment le plus favorable est du dixième au vingtième jour.

En réalité, il est bien difficile de fixer une date précise pour l'intervention, car le moment opératoire varie avec chaque sujet. Il est évident qu'une simple épisiotomie, qui, pour de multiples raisons, n'a pu tenir, a des chances d'être réopérée beaucoup plus vite qu'une déchirure plus importante ou infectée. Evidemment, si la femme fait une infection généralisée, ou est simplement soupçonnée d'une phlé-

bite, l'opération doit être différée jusqu'à ce qu'on ait la certitude qu'aucune complication nouvelle ne viendra surgir. Toutefois, on ne pourra pas attendre indéfiniment, le maximum d'attente étant déterminé par les dangers de la rétraction musculaire exagérée ou l'atrophie des tissus des plans périnéaux à restaurer. C'est pour cette raison qu'il est préférable, en pratique, de ne pas dépasser le vingtième jour après l'accouchement. L'opération ne doit être tentée que lorsque la fièvre a complètement disparu, depuis au moins trois jours. Localement, les lochies doivent être moins abondantes, d'aspect plus normal. La plaie, surtout, doit être détergée, ne plus présenter d'aspect sphacélique ni être recouverte de fausses membranes. Elle doit, de plus, comprendre un grand nombre de bourgeons charnus, vigoureux, indices d'une bonne réaction locale et générale de l'organisme qui lutte contre les infections atténuées. Kaszenstein admet que l'invasion microbienne ne se fait que lorsqu'une certaine immunité des tissus fait défaut. Une fois l'inflammation passée, tous les tissus restent sous une influence protectrice immunisante. Cette immunité est acquise aussitôt que les surfaces cruentées se sont recouvertes de bourgeons charnus.

Il est, enfin, utile de pratiquer un examen bactériologique des exsudats de la plaie. Il est, en effet, contre-indiqué de suturer la plaie tant qu'il existe à sa surface du streptocoque vrai, plus ou moins virulent. On pratique un frottis d'après les procédés habituels de laboratoire, et on compte le nombre de microbes contenus dans le champ du microscope. La suture est possible lorsqu'il n'existe que 5 ou 6 cocci par champ. D'autre part, l'apparition de macrophages dans l'exsudat constitue un signe favorable, faisant prévoir une asepsie prochaine de la plaie. Il serait toutefois illusoire de vouloir compter sur une stérilisation absolue des plaies du périnée, car la flore vaginale est habituellement trop polymorphe et trop importante. L'organisme, fort heureusement, lutte d'ordinaire aisément contre ces affections atténuées. Ce moyen de contrôle n'a pas, par conséquent,

une valeur absolue; il permet cependant de suivre l'évolution de l'infection et indique d'une façon précise le moment où la suture peut être tentée avec toutes chances de succès.

b) *Préparation.* — Lorsque la suture immédiate a été effectuée, il est possible, au bout de six ou sept jours, de se rendre compte si la cicatrisation n'est pas faite. A ce moment-là on fait sauter les points. Il s'agit alors de nettoyer la plaie périnéale et de la débarrasser des exsudats ou des fausses membranes qui peuvent s'y trouver.

Pour faire ce nettoyage, Erwin Rabau utilise des tampons de Rivanol et poudre la région avec des ferments digestifs de pancréas afin d'accélérer la détersion des granulations. Lenz agit de même et, si les lochies sont abondantes, fait un pansement occlusif avec iodoforme et collodion.

A la Maternité de Bordeaux, nous utilisons des lavages au sérum physiologique et des irrigations au Dakin. Le poudrage se fait à l'Exoseptoplix. La veille de l'intervention, la malade est purgée et on assure la constipation par, le jour de l'opération, la mise au régime lacté et l'absorption de pilules d'opium, précautions indispensables lorsque l'on a affaire à des déchirures complètes. Au moment de l'intervention, la désinfection préalable du champ opératoire est effectuée par un savonnage et un lavage prolongés de la vulve et par de longues injections vaginales, faiblement antiseptiques. Pour éviter que les lochies viennent souiller la plaie, on peut introduire dans le vagin un tampon de gaze vaselinée.

c) *Opération.* — La femme étant mise en position gynécologique et le champ opératoire désinfecté, on pratique une anesthésie locale par des injections soit à la syncaïne à 1/100e, soit à la butelline; en général, quinze à vingt centimètres cubes de cette solution sont nécessaires pour obtenir un bon résultat. Les injections sont d'abord pratiquées dans le derme, selon la technique habituelle, puis enfoncées en profondeur, dans la cloison recto-vaginale, et latéralement de

chaque côté du rectum pour atteindre les releveurs. Des injections seront également pratiquées le long de la cloison vaginale si elle présentait des déchirures à réparer.

On procède tout d'abord par un curetage des bourgeons charnus de la plaie; l'avivement est ensuite complété en détachant au bistouri le liséré périphérique de 1 à 2 millimètres qui entoure la plaie. La zone cicatricielle est ainsi enlevée et on peut étendre un peu de côté et d'autre cet avivement pour rendre les deux moitiés de la déchirure parfaitement symétriques et exactement superposables. S'il s'est produit une rétraction de la colonne postérieure du vagin ou d'une partie de la cicatrice, il est indispensable de procéder à un décollement sur toute l'étendue nécessaire pour qu'il soit possible d'abaisser ou de rapprocher les lèvres de la plaie sans le moindre tiraillement. Dans le cas de déchirure complète ou compliquée, il faudra détacher la cloison vaginale du rectum en la dédoublant jusqu'à une distance de 2 centimètres environ. Ce dédoublement est beaucoup plus facile dans le post partum, à cause de l'épaisseur des parois, que dans les restaurations tardives, où l'éperon de la cloison est très aminci.

Les sutures seront faites uniquement aux crins de Florence, le catgut, la soie et le lin s'infectant plus facilement et pouvant occasionner des échecs.

Nous donnons, avec Cathala, la préférence à la suture en un seul plan, qui permet d'obtenir des résultats aussi corrects qu'avec la suture en plusieurs plans et n'a pas l'inconvénient de rendre les périnées durs et résistants, ne se laissant pas distendre facilement au moment de l'accouchement.

La suture du rectum se fait avec des crins transfixiant la paroi rectale. Des pinces placées sur les extrémités sectionnées de l'anus tendent les deux lèvres de la plaie du rectum et les exposent bien à la vue. Les crins sont successivement placés de haut en bas, distants de 1/2 centimètre les uns des autres, et perforant la paroi rectale près des bords déchirés. Leurs chefs sont noués, fortement serrés, dans la cavité du

rectum, et sectionnés au bas du nœud. Ils seront, par la suite, éliminés. S'ils persistent longtemps, ils n'entraînent aucune gêne.

Le sphincter anal est suturé par des crins qui perforent la peau immédiatement au-dessus de l'orifice anal.

Quant aux releveurs, il suffit de faire un simple rapprochement par des crins qui, introduits à travers la peau immédiatement en dehors de la plaie, et prenant le plus de tissus possible, passent sous la muqueuse vaginale et saisissent les releveurs dans leur concavité. Ces muscles se trouvent ainsi rapprochés, mais n'adhèrent pas fortement, comme dans la suture directe, qui donne souvent une cicatrice épaisse, résistante et peu souple.

De toute façon, quel que soit le mode de suture utilisé, il ne doit pas exister entre les sutures d'espace mort pouvant servir de point de départ à une suppuration profonde et, de ce fait, compromettre la réunion parfaite des plans anatomiques. On peut terminer le bon affrontement de la peau par des points superficiels aux crins de Florence ou des agrafes de Michel. Avant de pratiquer la suture, il est essentiel de bien saupoudrer la plaie périnéale avec de la poudre aux sulfamides.

Pour terminer, une sonde de Pezzer est introduite dans la vessie et laissée en place pendant trois jours. Un pansement sec en gaze stérile recouvrira la région.

d) *Soins postopératoires :*

— Premier jour : on change le pansement après avoir poudré la suture avec des sulfamides.

— Deuxième jour : on retire le tampon vaginal, que l'on remplace par un tampon identique, vaseliné. Le régime reste le même que le jour de l'opération (lacté, constipation). Toutefois, il ne faut pas oublier de donner une certaine quantité de liquide pour maintenir l'activité des glandes si la femme allaite.

— Troisième jour : on change le pansement comme précédemment. S'il existe des sécrétions, on les tamponne avec

de la gaze stérile sèche. On retire la sonde de Pezzer, et, si l'on a affaire à une déchirure complète, la constipation est continuée.

— Quatrième et cinquième jours : même conduite au sujet des pansements, avec ceci de particulier que l'on peut administrer un lavement pour provoquer une débâcle. Elargissement du régime.

— Les jours suivants, rien de particulier, si ce n'est l'ablation des points le dixième jour.

V. — *Résultats.*

Lorsque la technique est bien employée et toutes les conditions réalisées, les résultats sont, en général, satisfaisants. La plupart des auteurs comptent 80 % de succès pour les déchirures complètes et 70 % dans les déchirures incomplètes. Erwin Lenz donne, sur un total de 21 cas opérés, du deuxième et du troisième degré, 80 % de guérisons complètes et 20 % de moins bons résultats. Pulvermacher cite le cas récent d'une jeune femme opérée pour déchirure du troisième degré, et qui fut guérie dix jours après l'opération. Gonzalez déclare qu'avec sa technique il ne compte aucun résultat mauvais. En 1928, à Bordeaux, le Docteur Balard fournit, dans la thèse de Chapert, neuf cas traités, dont trois furent suivis d'échecs, et conclut que, d'après son expérience personnelle, il fallait compter seulement 57 % de succès. Nous avons repris la statistique et nous constatons que, depuis 1937, nous trouvons neuf cas de périnéorraphie secondaire précoce, dont six ont un résultat parfait et trois un résultat moyen. Il n'y a pas d'échec. Les résultats sont donc bien meilleurs qu'il y a seize ans. Cela est dû en partie à l'amélioration de la technique par la pratique de la suture simple et à la sulfamidothérapie locale, qui permet d'éliminer presque complètement l'infection toujours possible. Nous donnons ci-après le détail des neuf cas traités à la Maternité de Bordeaux.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

Observation I.

(Registre n° 97. — 1937.

Anomalie de la dilatation. Dilatation manuelle. Forceps à la partie supérieure de l'excavation pour longueur du travail et hypertonie. Insertion basse du placenta. Périnéorraphie secondaire.

Primipare de 29 ans. D.R. : du 10 mai au 15 mai 1936. Age de la grossesse : 9 mois. Albumine : 0. B.-W. : 0.

Forceps en D.T. (Dr Boursier). Garçon de 3 kg. 240.

Lésions traumatiques consécutives à l'accouchement. Episiotomie réparée par trois points aux crins de Florence.

Suites de couches normales. Température normale.

L'épisiotomie ne tient pas.

Au huitième jour, réfection secondaire sous anesthésie générale (Dr Boursier).

Avivement des bords et suture aux crins. *Résultat excellent.* Sortie de la malade le onzième jour après la réintervention.

Observation II.

(Registre n° 503. — 1937.)

Application de forceps en G.A. pour longueur de la période d'expulsion : 1 h. 40. Périnéorraphie secondaire.

Primipare de 21 ans. D.R. : du 8 octobre au 11 octobre 1936. Age de la grossesse : 9 mois. Albumine : 0. B.-W. : 0.

Forceps en G.A. Enfant de 3 kg. 400.

Lésions traumatiques consécutives à l'accouchement : déchirure et épisiotomie suturées par cinq points.

Suites de couches normales. Température normale.

La suture immédiate ne tient pas.

Au dixième jour, périnéorraphie secondaire. *Bon résultat.* Sortie de la malade dix-huit jours après la réintervention.

Observation III.

(Registre n° 525. — 1941.)

Siège décomplété, mode des fesses.
Episiotomie réparée par trois points. Périnéorraphie secondaire.

Primipare de 21 ans. D.R. : du 7 au 10 janvier 1941. Age de la grossesse : 8 mois 3/4. Albumine : 0. B.-W. : 0.

Variété de position : S.I.D.T.

Durée de la période d'effacement : 9 h. 45.

Durée de la période d'expulsion : 45 minutes. Dégagement en I.P. Fille de 3 kg. 150.

Durée totale : 10 h. 30.

Lésions traumatiques : épisiotomie réparée par trois points.

L'épisiotomie ne tient pas. Au quatorzième jour, périnéorraphie secondaire. Mise à vif des deux côtés de l'incision et réfection par quatre points aux crins de Florence (Dr Balard).

Saupoudrage au Septoplix au moment de l'opération et les jours suivants.

Examen cyto-bactériologique d'exsudat de la plaie fait le 20 octobre 1941. Mélange de polynucléaires et d'hématies. Très rares diplocoques. Gram +.

Résultat parfait.

Observation IV.

(Registre n° 29. — 1942.)

Accouchement normal. Episiotomie réparée par trois points. Périnéorraphie secondaire.

Primipare de 18 ans. D.R. : du 3 au 5 avril 1941. Age de la grossesse : 9 mois. Albumine : 0. B.-W. : 0.

Variété de position : O.I.G.A. Durée de la période d'effacement et de dilatation : 7 h. 35. Ouverture spontanée des membranes au début du travail. Durée de la période d'expulsion : 40 minutes.

Dégagement en O.P. Durée totale de l'accouchement : 8 h. 15. Garçon de 3 kg. 310.

Lésions traumatiques consécutives à l'accouchement : épisiotomie réparée par trois points.

Suites de couches normales. Le troisième jour après l'accouchement, 37°7, puis retour rapide à la normale.

L'épisiorraphie ne tient pas. Au onzième jour, on fait une périnéorraphie secondaire (Dr Balard). Anesthésie locale à la Butelline. Suture faite par deux points aux crins de Florence. Le second jour après l'intervention, 37°5, puis retour à la normale. Sortie de la malade le dixième jour. *Bon résultat.*

Observation V.

(Registre n° 204. — 1942.)

Accouchement normal. Episiotomie pour déchirure centrale du périnée. Périnéorraphie secondaire.

Primipare de 27 ans. D.R. : 14 juillet 1941. Age de la grossesse à l'entrée : 8 mois 1/2. Albumine : 0. B.-W. : 0.

Entre à dilatation complète O.I.G.A. Durée de la période d'expulsion : 15 minutes. Dégagement en O.P. Fille de 2 kg. 890.

Lésions traumatiques consécutives à l'accouchement : épisiotomie pour déchirure centrale du périnée.

L'expulsion est assez rapide : 15 minutes. Le périnée bombe. Lorsque la tête est sur le point de franchir l'orifice vulvaire, il se produit une petite déchirure horizontale sur la partie inférieure du périnée à 1 cm. 1/2 au-dessus de l'anus, par où le liquide amniotique est projeté en fusée au milieu de la salle. On fait rapidement une épisiotomie, que l'on suture après l'accouchement par deux points.

La fissure périnéale est suturée par un point.

Suites de couches normales.

Au bout de quelques jours, les sutures ne tiennent pas. Au seizième jour, on fait une périnéorraphie sous anesthésie locale (Dr Balard).

Suites opératoires normales. Température normale.

Sortie de la femme le treizième jour après la réintervention.

Bon résultat.

Observation VI.

(Registre n° 496. — 1942.)

Accouchement normal. Déchirure complète.
Périnéorraphie secondaire.

III-pare de 30 ans.

1939 : première grossesse, avortement d'un mois.

1940 : Prématuré de 8 mois. Forceps pour longueur du travail. Episiotomie réparée par deux points.

1941 : troisième grossesse accouchement normal. Déchirure réparée par un point.

1942 : quatrième grossesse, actuelle, D.R. du 10 au 15 décembre 1941. Albumine : 0. B.-W. : 0.

Variété de position : O.I.G.A. Rupture artificielle des membranes. Durée de la période d'expulsion : 15 minutes. Dégagement en O.P.

Durée totale de l'accouchement : 5 h. 30.

Lésions traumatiques consécutives à l'accouchement : déchirure complète.

La déchirure est amorcée par la tête, mais, le passage des

épaules étant pénible, elle s'agrandit et intéresse le sphincter anal. On répare le sphincter par deux points au catgut, et le périnée par trois points profonds aux crins de Florence (M. Laporte). Les plaies sont abondamment saupoudrées à l'Exoseptoplix.

Suites de couches normales, mais les lochies sont abondantes. Le huitième jour, petite élévation de température à 37°7, puis retour à la normale.

La plaie périnéale n'a pas bon aspect, infiltrée. On fait sauter les points.

Le dix-septième jour, lorsque les lochies ont disparu, on pratique une périnéorraphie secondaire (Dr Balard).

Anesthésie locale à la Butelline. Avivement de la plaie périnéale. Suture du sphincter aux crins.

Le quatorzième jour après la réintervention, la malade quitte le service.

Périnée non complètement satisfaisant, mais bon fonctionnement du sphincter.

Observation VII.

(Registre n° 501. — 1942.)

Application de forceps en G.T. à la partie haute de l'excavation, dans un bassin généralement rétréci, pour longueur du travail et arrêt de progression de la tête. Insertion basse du placenta. Périnéorraphie secondaire le dix-huitième jour après l'accouchement.

Primipare de 32 ans, qui a fait, à 4 mois 1/2 de grossesse, une poussée de pyélonéphrite.

Elle entre dans le service au cours d'une nouvelle poussée. Température : 37°8. Albumine : 0. B.-W. : 0. Le rein droit est légèrement douloureux.

Au palper, tête mobile au détroit supérieur, dos à gauche. Au toucher, on constate que les parties molles, résistantes et peu étoffées, recouvrent un bassin normal, mais petit dans son ensemble. Le col est très en arrière, fermé.

La malade perd les eaux le 12 à 22 h. 30 : liquide amniotique légèrement teinté, mais bruits du cœur normaux. Elle entre en travail le 13 à 1 h. 30. Malgré de bonnes contractions, la tête reste élevée et la dilatation traîne en longueur. La malade faisant de l'hypertonie, on fait à deux reprises de la Spasmalgine. Au bout de 16 h. 30, péniblement, la dilatation est complète. On fait pousser la malade. La tête s'engage en O.I.G.P. Après 3/4 d'heure d'expulsion, malgré de bonnes poussées, la tête ne progresse plus et la rotation n'a aucune tendance à se faire. On décide d'intervenir. On essaie de descendre la tête et de faire la rotation : dérapage (M. Laporte). Le Docteur Balard, appelé, trouve la tête en G.T. et extrait un enfant de 3 kilos, qui crie aussitôt.

Malgré une épisiotomie importante, le périnée se déchire et le sphincter est atteint.

Réparation du sphincter par un point au catgut, et du périnée par crins profonds et superficiels. Sulfamidothérapie locale.

Suites de couches normales, mais la malade a des lochies fétides. Du troisième au huitième jour, la température oscille entre 36°6 et 38°, puis revient à la normale. Plusieurs points suppurent.

Le résultat de la périnéorraphie immédiate n'étant pas satisfaisant, on fait, le dix-huitième jour, une périnéorraphie secondaire. Sortie de la malade quatorze jours après la réintervention. *Bon résultat*, bien que le périnée soit peu étoffé.

Revue trois mois après. Résultat très satisfaisant au point de vue fonctionnel. Anus un peu ouvert, mais retient à peu près bien les gaz et les liquides, très bien les solides.

Ni rectocèle, ni prolapsus.

Observation VIII.

(Registre n° 288. — 1943.)

Périnéorraphie secondaire. Pyélite des suites de couches.

II-pare de 24 ans.

Première grossesse : garçon de 4 kg. 100.

Deuxième grossesse, actuelle : D.R. 20-25 août.

Albumine : 0. B.-W. : 0. H.U. : 33 cm. Tête en bas, dos à droite.

Variété de position : O.I.D.T.

Durée de la période d'expulsion : 20 minutes en O.P.

Durée totale de l'accouchement : 5 heures. Enfant de 3 kg. 480.

Lésions : épisiotomie réparée par deux points (tissu cicatriciel).

Au cours de l'accouchement, on a dû faire une épisiotomie dans du tissu cicatriciel et la suture n'a pas tenu. Aussi, le quatorzième jour après, est-on obligé de faire une périnéorraphie secondaire.

Anesthésie locale avec 25 cm³ de syncaïne. On avive les bords de la déchirure, puis on décolle la peau tout autour, ainsi que la muqueuse de la face postérieure du vagin.

On refait le nœud fibro-musculaire du périnée par deux points profonds, on referme la plaie cutanée et on accole la muqueuse vaginale à la peau par quelques points superficiels. Poudrage à l'Exoseptoplix.

Assez bon résultat.

Sortie de la malade le douzième jour après la réintervention.

Observation IX.

(Registre n° 26. — 1943.)

Accouchement prématuré à 8 mois. Endométrite. Lymphangite mammaire. Périnéorraphie secondaire. Scarlatine des suites de couches.

D.R. : 23-28 avril 1942. Age de la grossesse : 8 mois.

Albumine : 0. B.-W. : 0.

Variété de position : O.I.D.P.

Organes génitaux externes : cicatrice du périnée.

Durée de la période d'expulsion : 20 minutes.

Durée totale de l'accouchement : 5 h. 20. Fille de 2 kg. 710.

Episiotomie réparée par deux points.

La malade a fait, à 12 ans, une chute sur une faucheuse et s'est coupé le périnée. Au moment de l'accouchement, la cicatrice périnéale s'ouvre, et il se fait une déchirure incomplète, qui est suturée. La suture ne tient pas.

Le onzième jour après l'accouchement, on fait une périnéorraphie secondaire. Trois points profonds aux crins et deux superficiels. Poudrage.

Le quatorzième jour, la malade fait une scarlatine : transéat.

Le périnée est en assez bon état, mais le point inférieur ayant suppuré, on trouve à son emplacement un petit pertuis. La malade ne s'en est jamais aperçue.

Le 24 avril 1944, nouvel accouchement. Pour éviter une nouvelle déchirure, on fait une épisiotomie réparée par deux points. La cicatrisation est actuellement bonne et le périnée satisfaisant.

CONCLUSIONS

Sans vouloir s'opposer à la suture immédiate du périnée, qui doit être la règle, hors quelques cas d'espèce de plus en plus rares (infection, œdèmes, etc.), la périnéorraphie secondaire précoce trouve, en pratique, un certain nombre d'indications.

I. — Elle doit, en effet, être pratiquée lorsque la suture immédiate a dû être différée, et surtout lorsqu'il y a eu désunion de cette suture. La cicatrice à plat de la plaie périnéale ne peut donner que des résultats anatomiques et fonctionnels tout à fait insuffisants.

II. — Elle nous semble bien supérieure à la périnéorraphie secondaire tardive sur deux points essentiels :

1° Au point de vue *chirurgical :* effectuée entre le quatorzième et le vingtième jour suivant les sujets, l'opération a les plus grandes chances de réussir, car la vitalité des tissus non encore envahis par le processus cicatriciel est conservée. Les lochies ont complètement disparu et ne viendront point souiller la plaie. L'utérus est redevenu pelvien, la femme n'est plus sous l'effet du traumatisme obstétrical. Grâce à la sulfamidothérapie locale, l'infection est en partie éliminée et le contrôle bactériologique indique le moment opératoire précis.

2° Au point de vue *social :* et c'est là son principal mérite, elle permet, grâce à la solidité rétablie du périnée, de rendre à la vie normale une femme qui, pendant plusieurs mois, aurait été une infirme.

La malade, d'autre part, se trouvant en milieu chirurgical, se prête plus facilement à la réintervention. Reprise par son foyer, ses occupations, elle risquerait, par négligence, d'attendre qu'un prolapsus important se déclare, avec tout son cortège de misères.

III. — La technique en est simple, limitant les sutures au strict minimum. Pratiquement, l'opération aboutit le plus souvent à une colpo-périnéorraphie, qui permet d'obtenir un périnée de bonne qualité, dont le bon fonctionnement est assuré, sans crainte de rupture itérative au cours d'accouchements ultérieurs. Les résultats satisfaisants que nous avons observés nous permettent les plus grands espoirs, puisque nous comptons 66 % de réparations parfaites, 33 % de réparations moyennes, et pas d'échec total.

Enfin, c'est à titre de traitement prophylactique du prolapsus que nous avons le devoir de pratiquer la périnéorraphie secondaire précoce, et de dire, avec le Docteur Balard, en face de tels résultats, « qu'il faut la considérer comme devant suivre la périnéorraphie immédiate si elle a échoué, et comme préférable à l'opération tardive si la périnéorraphie immédiate n'a pas été faite ».

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, et si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : *Le Doyen*,
PIERRE MAURIAC.

Vu, bon a imprimer :
Le Président,
M. RIVIÈRE.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 4 mai 1944.
L'Inspecteur général de l'Enseignement supérieur,
Recteur de l'Académie,
A. LIRONDELLE.

BIBLIOGRAPHIE

Balard (P.). — La périnéorraphie immédiate secondaire. De la place qu'il convient de lui attribuer dans le traitement des déchirures obstétricales du périnée. *Gaz. hebd. sc. méd. de Bordeaux*, 16 oct. 1921.

— La périnéorraphie immédiate secondaire. *Rev. franç. de gynécologie*, t. XIII, 1922.

Bec. — Quand faut-il réparer les périnées déchirés. *Cahiers de pratique médico-chirurgicale*, 15 févr. 1929.

Brindeau. — Quelques réflexions sur la périnéorraphie. *Paris médical*, 29 déc. 1926.

Browne. — Réfections immédiates des sutures périnéales sous anesthésie locale. *The Lancet*, 23 juin 1928.

Capdevielle. — Ruptures complètes du périnée. A quel moment les opérer ? Avantages de la périnéorraphie immédiate. Thèse de Paris, 1900-1901.

Cathala (V.). — Procédés de suture du rectum aux crins de Florence dans les déchirures du périnée. *Soc. d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, 1932.

Chapert. — Les déchirures du périnée, leurs moyens de traitement. La périnéorraphie immédiate secondaire. Thèse de Bordeaux, 1928.

Chomet. — Les déchirures du périnée. Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier, 1929.

Dieulafé. — Du choix de l'heure opératoire dans les grands délabrements obstétricaux du périnée. *La Médecine pratique*, 30 déc. 1928.

Gonzalez (Juan B.). — Périnéorraphie et épisiorraphie secondaires précoces dans le post-partum. *Semana Medica*, 24 nov. 1932, n° 44.

GAYDERS (H. V.) et E. D. PLASS. — Périnéorraphie secondaire à une délivrance postérieure. *Am. Journal of Obstetric and Gynecology*, n° 39, mars 1937.

GROSSE. — Doit-on suturer immédiatement les déchirures du périnée. *Rev. franç. de gynécologie et d'obstétrique*, 1929.

LEMOINE. — Des ruptures du périnée consécutives à l'accouchement, et de leur traitement immédiat et secondaire. Thèse Paris, 1904.

LENZ (Erwin). — Die Sekundarnaht der Dammrisse im Ihre Methode. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1er juill. 1927.

LYNEN (F.) (Bruxelles). — Considérations sur la réfection immédiate du périnée déchiré par l'accouchement. *Rev. franç. de gynécologie*, t. XIII, 1922.

MULLER (G.). — Périnéorraphie immédiate primitive et secondaire. *Gynécologie et Obstétrique*, 1928.

PULVERMACHER (P.). — Sutures secondaires dans les déchirures du troisième degré. *Zentralblatt für Gynakologie*, 1926, n° 48.

POULAIN (J.). — Sutures secondaires précoces du périnée. *Gaz. méd. de Picardie*, n° 126, avril 1934.

RABAU (Erwin). — Die Sekundarnaht nicht Geheilter Dammrisse im Wochenbett. Therapie der Geigenwert, t. LXXIII, n° 9, sept. 1932.

VANVERTS. — La périnéorraphie immédiate. *Echo médical du Nord*, 11 févr. 1928.

Dépôt légal effectué en 1944 (2e trimestre). Loi du 21 juin 1943.

22551. — N° 111. — Imprimeries Delmas, Bordeaux. 31.0192. — 1944.